

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Česká společnost intenzivní medicíny

Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním

Aktuální stav

Editor:

Vladimír Černý

Koeditoři:

Karel Cvachovec

Renata Pařízková

Pavel Ševčík

Ludmila Rožnovská

Jiří Šimek

Ondřej Dostál

 právník

 etik

 teolog

Pracovní skupina:

Karel Cvachovec (Praha)

Vladimír Černý (HK)

Ondřej Dostál (Praha)

Leoš Heger (HK)

Jan Maláska (Brno)

Martin Matějovič (Plzeň)

Daniel Nalos (Ústí n. L.)

Ivan Novák (Plzeň)

Renata Pařízková (HK)

Jan Payne (Praha)

Ludmila Rožnovská (HK)

Kateřina Rusínová (Praha)

Pavel Ševčík (Brno)

Jiří Šimek (České Budějovice)

Peter Tavel (Olomouc)

Marek Vácha* (Praha)

Obsah

- 1. Konsensuálního stanovisko –
struktura**
- 2. Aktuální stav textu (verze 2) a jeho
prosazování**

Struktura dokumentu

- 1. Úvod**
- 2. Cíle konsensuálního stanoviska**
- 3. Použitá terminologie**
- 4. Východiska**
- 5. Základní principy**
- 6. Doporučení pro klinickou praxi**
- 7. Seznam základních platných právních předpisů, norem a vybraných prací se vztahem k problematice konsensuálního stanoviska**
- 8. Abecední seznam členů pracovní skupiny**

1. ÚVOD

Předložený text formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich dále léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické situace, na které se text konsensuálního stanoviska zaměřuje, patří pacienti s multiorgánovým selháním, kde i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné nebo pacienti v hlubokém bezvědomí, u nichž nelze odůvodněně předpokládat obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

„... rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů, kteří nejsou schopni o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich dále léčebně neovlivnitelného onemocnění ...“

2. CÍLE KONSENSUÁLNÍHO STANOVISKA

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy se vztahem k problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kde zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je znám), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení dané léčebné metody (nebo pokračování v ní) s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

3. POUŽITÁ TERMINOLOGIE

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyléčitelně nemocného, umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).

4. VÝCHODISKA

a) Život člověka je konečný.

f) Jakýkoliv léčebný postup, kde není odůvodněný předpoklad, že bude mít příznivý účinek na zdravotní stav pacienta nebo povede k záchraně života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit za tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchranu života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná nemá být indikována a prováděna.

- i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním marného a neúčelného léčebného postupu.
- j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

6. DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být informováni o zahájení paliativní péče, a to nejlépe formou strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zapojeni všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).

září 2009 - předložení dokumentu VR ČLK

Připomínky právní kanceláře ČLK k dokumentu „Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním“

Je skutečností, že většina připomínek ČLK byla akceptována, přesto však je třeba poukázat na některá ustanovení článku 6 – Doporučení pro klinickou praxi, která se nadále nejeví jako vhodná.

Článek 6 písmeno d) : Zapojení celého týmu lékařů i nelékařů do rozhodování je sporné. Jde především o lékařskou péči a správný odborný postup odpovídající pravidlům **lékařské vědy**. Je otázkou, zda do rozhodování mají být zahrnuti všichni zdravotníci, například i sanitáři, zdravotničtí asistenti a všechny zdravotní sestry, ač jde o posuzování lékařských otázek. Rozhodování by mělo spíše náležet lékařskému týmu a rozhoduje-li tým, nečiní konečné rozhodnutí „ošetřující lékař“ (je otázkou koho kdy za ošetřujícího lékaře považovat, tento pojem není příliš dobře legislativně definován), ale vedoucí příslušného týmu, například přednosta kliniky, primář oddělení, nebo jím pověřený lékař.

Stejná připomínka se vztahuje k článku 6 písmeno e).

Článek 6 písmeno f): Přizvání „nezávislého odborníka“ v případě „nedosažení konsensu“ mezi zdravotnickým týmem a rodinou pacienta se nejeví jako vhodné a v praxi může být často i málo reálné. Povinností lékařů je postupovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, nikoli dosahovat „konsensu“ s příbuznými pacienta. Názory příbuzných mohou být rozdílné a někdy i různě motivované. Český právní řád nepředpokládá, s výjimkou zákonných zástupců a opatrovníků, účast příbuzných pacienta na rozhodování o dalším postupu při poskytování zdravotní péče.

Článek 6 písmeno i): Někdy může být nereálné přistupovat k poskytování paliativní péče až po „informování členů rodiny či blízkých pacienta“, není také vždy zcela zřejmé, koho za takové osoby v konkrétním případě považovat. Lékař by neměl být vázán tak, že k určité indikované péči přistoupí až po informování příbuzných, není k tomu ani právní důvod. Zápis do zdravotnické dokumentace je samozřejmě nutný a osoby stanovené zákonem je třeba informovat při nejbližší příležitosti, jakou je především návštěva u nemocného.

V Praze dne 9.9.2009

Připomínky právní kanceláře ČLK k dokumentu „Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním“

Je skutečností, že většina připomínek ČLK byla akceptována, přesto však je třeba poukázat na některá ustanovení článku 6 – Doporučení pro klinickou praxi, která se nadále

- 1. Podnět k zahájení paliativní péče – lékař se SZ, který o pacienta pečuje**
- 2. Rozhodnutí o zahájení paliativní péče – vedoucí lékař**
- 3. O zahájení paliativní péče nutno informovat osoby stanovené zákonem při nejbližší příležitosti**

rozhodování o dalším postupu při poskytování zdravotní péče.

Článek 6 písmeno i): Někdy může být nereálné přistupovat k poskytování paliativní péče až po „informování členů rodiny či blízkých pacienta“, není také vždy zcela zřejmé, koho za takové osoby v konkrétním případě považovat. Lékař by neměl být vázán tak, že k určité indikované péči přistoupí až po informování příbuzných, není k tomu ani právní důvod. Zápis do zdravotnické dokumentace je samozřejmě nutný a osoby stanovené zákonem je třeba informovat při nejbližší příležitosti, jakou je především návštěva u nemocného.

V Praze dne 9.9.2009

6. DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kterýkoliv lékař se specializovanou způsobilostí, který o pacienta pečuje.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být informováni o zahájení paliativní péče, a to nejlépe formou strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Rozhodnutí o zahájení paliativní péče náleží vedoucímu příslušného odborného lékařského týmu (přednosta kliniky, primář oddělení nebo jím pověřený lékař).

- e) ~~Výsledek rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měl být přijat konsensuálně všemi členy ošetrujícího zdravotnického týmu. Pokud není dosaženo konsensu, odlišné názory by měly být znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí.~~
- f) ~~V situaci, kdy není dosaženo konsensu mezi rodinou či blízkými pacienta a ošetrujícím zdravotnickým týmem, lze zvážit přizvání nezávislého odborníka, aby se k případu vyjádřil.~~
- g) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást doporučení k dalšímu poskytování zdravotní péče.
- h) Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat minimálně:
- odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče,
 - ~~– okruh osob které se na rozhodování o zahájení paliativní péče podílely,~~
 - formulování cílů a doporučení k dalšímu poskytování zdravotní péče,
 - **podpis vedoucího lékaře**

Seznam společností, které se připojily k dokumentu a podporují jej:

Česká gerontologická a geriatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká hematologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká společnost infekčního lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká internistická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Společnost kardiovaskulární chirurgie České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká společnost pro klinickou pastorační péči České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká neurochirurgická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká neurologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká pneumologická a ftizeologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Společnost popáleninové medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Společnost pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká urologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Společnost vojenských lékařů farmaceutů a veterinárních lékařů České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Společnost všeobecného lékařství České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

Další postup

1. Předložení upravené verze VR ČLK
2. Cílem je získání statutu „**Doporučený postup ČLK**“

Poděkování všem členům ediční a pracovní skupiny

Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním

Editor: V. Černý

Koeditoři: K. Cvachovec, R. Pařízková, P. Ševčík, L. Rožnovská, J. Šimek, O. Dostál

Pracovní skupina: K. Cvachovec, V. Černý, O. Dostál, L. Heger, J. Maláška, M. Matějovi, D. Nalos, I. Novák, R. Pařízková, J. Payne, L. Rožnovská, K. Rusínová, P. Ševčík, J. Šimek, P. Tavel, M. Vácha

Jazyková korektura textu: V. Koblížek, P. Pátková

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, předseda prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA

Česká společnost intenzivní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, předseda prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM

Publikováno v časopise Anesteziologie a Intenzivní medicína 2009; 20: 222–225.